

Ao  
Conselho Regional de Psicologia - CRP-RJ

### REQUERIMENTO DE REATIVACAO

Solicito reativação do registro profissional neste conselho, assumindo responsabilidade pela Veracidade das informações abaixo e assumo o compromisso de estar completamente ciente e sabedor(a) das normas que regem a profissão do psicólogo, e do Código de Ética Profissional e não ter exercido a profissão no período em que a inscrição foi cancelada, ate a presente data.

Estou ciente também, que devo cumprir todas as exigências descritas no Código de Ética Profissional para o exercício legal da profissão. No caso de deixar de exercer a profissão de psicólogo, e desejar cancelar o registro profissional, devo comunicar por escrito, a este Conselho, pois só desta forma ficarei isento(a) de contribuir com as anuidades. Deverei devolver a Carteira de Identidade Profissional, bem como, não estar à época, respondendo a qualquer processo ético e/ou disciplinar. Sabendo que o cancelamento do registro não quita débitos anteriores com este Conselho.

CRP: \_\_\_\_\_

Nome...: \_\_\_\_\_

Nascimento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Est.Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ UF.: \_\_\_\_\_ Natural.: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Orgão: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Tipo de endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) comercial

End. Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP...: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ CEL: ( ) \_\_\_\_\_

Email...: \_\_\_\_\_

End.comercial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP...: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Psicologo(a)